

《 投薬依頼書 》

本郷こども園 園長殿

依頼日時 : 令和 年 月 日

住 所 おおい町

保護者名

印

TEL

次の園児につきましては、医師と相談の結果、指示によりやむを得ず、園での保育時間中における投薬が必要となりました。つきましては、保護者の責任において園での園児に対する投薬を下記の通り行っていただきますようお願いいたします。

クラス・園児名	組	園児名
依頼希望日	令和	年 月 日
病名または症状	風邪 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 下痢 ・ 中耳炎 ・ とびひ その他 ()	
医療機関名	TEL	
薬の種類	粉 薬 (袋) ・ 錠剤 (錠) その他 () 点眼薬 (滴) ・ 軟膏 ()	
与薬の時間	食前 ・ 食後 ・ 食間 (10時・15時) ・ その他 ()	

《 注意事項 》

与薬は、本来医療行為となっています。園で薬を飲んだり、使用しなくてもいいように、かかりつけの先生にお願いしてください。病気や薬によっては、どうしても園での与薬が必要なものもあると思いますので、保護者の皆様の就労の手助けをするために、園長の許可のもとに行うものです。以下の項目を遵守できる方のみお引き受けします。

- *薬のことで問い合わせが必要なことが起こった場合を想定し、病院名とその電話番号を必ずお書き下さい。
- *現在、処方されている医師の処方薬に限ります。
- *市販の薬・座薬・解熱剤はお預かりできません。
- *薬は処方された薬袋に1日分だけ入れてください。
1包の薬にお子様の名前、飲ませる時間を必ず書いてください。
- *薬・書類に不備がある場合は、投薬できませんのでご了承ください。
- *薬は当日の玄関当番職員に書類を添えて、必ず手渡しして下さい。

間違いを防ぎ、子どもの健康を回復するために確実に与薬したいと思います。以上の約束は最低限です。必ずお守り下さい。重ねてお願いします。